

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав.каф. д.м.н., доц. Макаренко Т.А.
Преподаватель: к.м.н., доц. Ульянова И.О.

Реферат
«Кровотечение во II и III триместрах беременности»

Выполнила: Червонная М.А.,
ординатор 1-го года обучения,
специальность «Акушерство и гинекология»

Красноярск, 2016

Введение	3
1. Классификация кровотечений	4
2. Предлежание плаценты	5
2.1. Классификация	6
2.2. Этиология	8
2.3. Клиника	9
2.4. Диагностика	11
2.5. Лечение и профилактика	12
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты ..	16
3.1. Классификация	17
3.2. Этиология	18
3.3. Патогенез	19
3.4. Клиника	20
3.5. Диагностика	22
3.6. Лечение и профилактика	24
4. Алгоритм обследования	27
Заключение	28
Список литературы	29

ВВЕДЕНИЕ

В акушерской практике кровотечение продолжает оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской смертности оно составляют 20-25 %. Кровотечение во время беременности наблюдают у 2–3% женщин.

Особенностью акушерских кровотечений является их внезапность и массивность. Для них характерны: острый дефицит ОЦК, нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторные формы гипоксии. Возникающая на этом фоне тканевая гипоксия сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением центральной нервной системы, почек, печени, происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, гормональных соотношений, ферментативных процессов. При массивных кровотечениях быстро развивается порочный круг, который может привести к терминальному исходу.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в послеродовом периоде уменьшилось, однако стали чаще наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и ее предлежанием, кровотечения на фоне нарушений гемостаза.

Анализ случаев материнской смертности от маточных кровотечений показывает, что в 90 % случаев можно было избежать не только смерти матери, но и патологической кровопотери. Поэтому знание основных аспектов возникновения, терапии и профилактики кровотечений является актуальной проблемой акушерства в настоящее время.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кровотечения, возникающие после 14 нед беременности, называют кровотечениями во 2 и 3 триместрах беременности, или дородовыми кровотечениями.

Клиническая классификация акушерских кровотечений:

1. Кровотечение во время беременности и в родах
 - 1.1. Предлежание плаценты.
 - 1.2. Преждевременная отслойка плаценты.
2. Кровотечения в послеродовом периоде
 - 2.1. Гипо- или атония матки.
 - 2.2. Задержка в полости матки части последа.
 - 2.3. Разрывы мягких тканей родовых путей.
 - 2.4. Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.

Основные причины акушерских кровотечений во 2 и 3 триместрах беременности:

1. Предлежание плаценты
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

2. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты (*placenta praevia*) — расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 3 см выше (по данным УЗИ). При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода («*praе*» — «перед», «*via*» — «на пути»).

В III триместре частота предлежания плаценты составляет 0,2–3,0%. До 22–24 нед предлежание плаценты наблюдают чаще. По мере прогрессирования беременности и роста матки происходит смещение плаценты вверх, после чего она располагается на 7–10 см выше внутреннего зева. Этот процесс иногда называют «миграция плаценты».

2.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

Существуют классификации предлежания плаценты во время беременности и во время родов. Степень предлежания плаценты может меняться по мере роста матки или раскрытия шейки матки маточного зева во время родов.

Во время беременности различают:

- полное предлежание — плацента полностью перекрывает внутренний зев;
- неполное (частичное) предлежание — внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;
- низкое предлежание — плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева.

Вариант предлежания плаценты во время беременности определяют с помощью УЗИ. Согласно данным трансвагинальной эхографии, в настоящее время выделяют четыре степени предлежания плаценты:

- I степень: плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него;
- II степень: нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает его;
- III степень: нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки асимметрично;
- IV степень: плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью.

Длительное время классификация степени предлежания предусматривала определение локализации плаценты в родах при открытии маточного зева на 4 см и более. При этом выделяли:

- центральное предлежание плаценты (*placenta praevia centralis*) — внутренний зев перекрыт плацентой, плодные оболочки в пределах зева не определяются;
- боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*) — часть плаценты предлежит в пределах внутреннего зева и рядом с ней находятся плодные оболочки, обычно шероховатые;
- краевое предлежание плаценты (*placenta praevia marginalis*) — нижний край плаценты расположен у края внутреннего зева, в области зева находятся лишь плодные оболочки.

Возможность диагностики предлежания как во время беременности, так и во время родов с помощью УЗИ позволяет осуществить родоразрешение до появления кровотечения. В связи с этим последняя классификация потеряла

свою актуальность, однако для виртуального представления о степени предлежания плаценты она имеет определённое значение.

2.2. ЭТИОЛОГИЯ

Среди причин предлежания плаценты выделяют два фактора: маточный и плодовый.

Маточный фактор связан с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки, в результате чего происходит нарушение условия плацентации. К дистрофическим изменениям слизистой оболочки матки приводит хронический эндометрит; значительное количество родов и абортов в анамнезе, особенно при развитии послеродовых или послеоперационных эндометритов; наличие рубцов на матке после КС или консервативной миомэктомии, курение.

К плодовым факторам, способствующим предлежанию плаценты, относят снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда нидация в верхних отделах матки невозможна. При неблагоприятных условиях нидации плодного яйца наблюдают отклонения в развитии хориона — атрофию ворсин в области *decidua capsularis*. На месте возможного расположения *decidua capsularis* формируется ветвистый хорион.

В ранние сроки беременности довольно часто происходит формирование ветвистого хориона в нижних отделах плодного яйца. По мере увеличения тела матки, формирования и растяжения нижнего сегмента в конце II и в III триместре плацента может смещаться, как бы «мигрировать» кверху до 7–10 см. В момент смещения плаценты возможно появление в небольшом количестве кровяных выделений из половых путей.

При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой матки в нижнем сегменте возможно плотное прикрепление плаценты или истинное приращение.

2.3. КЛИНИКА

Главный симптом предлежания плаценты — кровотечение из половых путей, возникающее внезапно среди полного здоровья, чаще в конце II–III триместра или с появлением первых схваток. Соответственно кровопотере возможны симптомы геморрагического шока. Чем больше степень предлежания плаценты, тем раньше происходит кровотечение. Вытекающая из половых путей кровь ярко алого цвета. Кровотечение не сопровождается болевыми ощущениями; нередко рецидивирует, приводя к анемии беременных. На фоне анемии даже небольшая кровопотеря может способствовать развитию геморрагического шока.

В период формирования нижнего сегмента происходит сокращение мышечных волокон в нижних отделах матки.

Поскольку плацента не обладает способностью к сокращению, в результате смещения относительно друг друга двух поверхностей — участка нижнего сегмента и участка плаценты — часть последней отслаивается от стенок матки, обнажая сосуды плацентарной площадки; вытекающая при этом кровь — материнская. Кровотечение может остановиться лишь по окончании сокращения мышц, тромбоза сосудов и прекращения отслойки плаценты. Если сокращения матки возобновляются, кровотечение возникает снова.

Интенсивность кровотечения варьирует от массивной до незначительной, в зависимости от количества и диаметра повреждённых сосудов матки. Кровь из сосудов плацентарной площадки вытекает через половые пути, не образуя гематом, поэтому матка безболезненна во всех отделах и не меняет тонуса.

В родах один из факторов появления кровотечения при предлежании плаценты — натяжение оболочек в нижнем полюсе плодного яйца, удерживающих край плаценты, не следующей за сокращением нижнего сегмента матки.

Разрыв плодных оболочек прекращает натяжение, плацента перемещается вместе с нижним сегментом, кровотечение может остановиться.

Дополнительным фактором остановки кровотечения при неполном предлежании может стать прижатие плаценты опускающейся в таз головкой плода. При полном предлежании плаценты самопроизвольная остановка кровотечения невозможна, поскольку плацента в родах по мере сглаживания шейки продолжает отслаиваться от стенки матки.

Общее состояние беременной при предлежании плаценты зависит от величины кровопотери. При этом необходимо учитывать кровь, скапливающуюся во влагалище (до 500 мл). Состояние плода зависит от тяжести анемии или геморрагического шока при кровопотере. При обильном кровотечении развивается острая гипоксия плода.

При предлежании плаценты возникают следующие осложнения беременности:

- угроза прерывания;
- железодефицитная анемия;
- неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз;
- хроническая гипоксия и ЗРП за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки.

2.4. ДИАГНОСТИКА

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке;
- высокое стояние предлежащей части плода;
- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

При предлежании плаценты влагалищное исследование проводить нежелательно, так как может произойти отслойка плаценты, усиливающая кровотечение. При отсутствии возможности УЗИ влагалищное исследование осуществляют крайне осторожно. При исследовании пальпируют губчатую ткань между предлежащей частью и пальцами акушера. Влагалищное исследование проводят при развёрнутой операционной, позволяющей экстренно произвести КС в случае появления обильных кровяных выделений.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее точным методом считают трансвагинальную эхографию. Чрезвычайно важно установить наличие или отсутствие глубокого нарушения ворсин хориона в эндометрии (*placenta adherens*, *placenta accreta*), которые чаще сочетаются с предлежанием плаценты, чем с нормальным ее расположением.

СКРИНИНГ

УЗИ позволяет выявить беременных с предлежанием плаценты без клинических проявлений.

2.5. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В III триместре беременности при наличии предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений вопрос о госпитализации решают индивидуально. Если пациентка живет недалеко от родильного дома и может за 5–10 минут доехать до него, то возможно наблюдение ее врачами женской консультации до 32–33 нед. Если местожительство беременной значительно удалено от лечебного учреждения, она должна быть госпитализирована раньше. Беременность можно пролонгировать до 37–38 нед, после чего при любом варианте предлежания плаценты с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят КС.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

При предлежании плаценты устанавливают:

- наличие или отсутствие кровяных выделений;
- интенсивность кровотечения;
- срок гестации.

При обильных кровяных выделениях показано срочное родоразрешение — чревосечение и КС, независимо от срока гестации.

При ультразвуковой диагностике предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений во II триместре беременности пациентку наблюдают в женской консультации. Алгоритм обследования не отличается от общепринятого стандарта, за исключением дополнительного исследования гемостатических свойств крови.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендован постельный режим.

При неполном предлежании плаценты, отсутствии кровотечения в момент начала родовой деятельности в виде исключения возможно ведение родов через естественные родовые пути. Вскрытие плодных оболочек предупреждает дальнейшую отслойку плаценты опускающейся в таз головкой. Головка прижимает обнажённый участок плацентарной площадки к костям таза, прекращается кровотечение, далее роды протекают без осложнений. При слабых схватках или при подвижной над входом в таз головке после амниотомии целесообразно внутривенное введение окситоцина.

При появлении или усилении кровотечения после вскрытия плодного пузыря показано оперативное родоразрешение.

При неполном предлежании, отсутствии кровотечения и преждевременных родах, нежизнеспособном (пороках развития, не совместимых с жизнью) или мёртвом плоде после амниотомии и подвижной над входом в малый таз головке

возможно использование кожноголовных щипцов по Иванову–Гауссу. В случае неэффективности вмешательства производят КС.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При незначительных кровяных выделениях осуществляют терапию, направленную на сохранение беременности под контролем гемостаза в стационаре. Вводят спазмолитики, β -адреномиметики. При выявлении дефектов гемостаза вводят свежезамороженную плазму, дезагрегационные препараты (дипиридамол, пентоксифиллин) лекарственные средства, направленные на активацию гемостаза и улучшение микроциркуляции. Одновременно проводят антианемическую терапию, осуществляют ультразвуковой контроль расположения плаценты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Во время КС, особенно при расположении плаценты на передней стенке матки, возможно усиление кровотечения, вплоть до массивного, которое обусловлено нарушением сократительной способности нижнего сегмента, где располагается плацентарная площадка. Причиной кровотечения может быть также часто наблюдаемое при этой патологии плотное прикрепление или приращение (врастание) плаценты.

При расположении плаценты на передней стенке опытный врач может провести КС в нижнем сегменте матки. В этом случае делают разрез скальпелем на матке и плаценте, продолжают его в сторону ножницами, не отслаивая плаценту от стенки матки, быстро извлекают плод и отделяют плаценту рукой от стенки матки.

Начинающий работу врач для снижения кровопотери может произвести корпоральное КС.

Если при КС возникает массивное кровотечение, которое не прекращается после ушивания разреза на матке и введения утеротонических лекарственных препаратов, на нижний сегмент накладывают стягивающие или матрасные швы; при отсутствии эффекта осуществляют перевязку маточных, яичниковых, а затем внутренних подвздошных артерий. Если кровотечение продолжается, производят экстирпацию матки.

При наличии ангиографической установки проводят эмболизацию маточных артерий сразу после извлечения плода с целью профилактики массивного кровотечения. Вмешательство целесообразно при своевременной ультразвуковой диагностике приращения плаценты. В этом случае на операционном столе перед чревосечением осуществляют катетеризацию маточных артерий, а после извлечения плода — их эмболизацию. Впоследствии можно либо иссечь часть нижнего сегмента, либо прошить поверхность матки,

где было приращение плаценты. Если при вращении эмболизацию сосудов осуществить невозможно, для снижения кровопотери производят экстирпацию матки без отделения плаценты.

Во время оперативного родоразрешения при наличии аппарата «Cell saver» производят сбор крови для последующей реинфузии. Одновременно осуществляют инфузионно-трансфузионную терапию (см. раздел «Геморрагический шок»).

Во время КС, особенно при расположении плаценты на передней стенке матки, возможно усиление кровотечения, вплоть до массивного, что обусловлено нарушением сократительной способности нижнего сегмента, где расположена плацентарная площадка. Причиной кровотечения может также быть плотное прикрепление или приращение (врастание) плаценты.

При предлежании плаценты в раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента или разрывом шейки матки после родов через естественные родовые пути. Для профилактики нарушений сократительной способности матки в конце второго периода родов или во время КС после извлечения плода вводят утеротонические средства: окситоцин или ПГ (динопростон, динопрост) внутривенно в течение 3–4 ч.

Обязателен осмотр шейки матки с помощью зеркал после родов через естественные родовые пути, так как предлежание плаценты часто сопровождается разрывами.

Ввиду большой опасности развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде показано

интраоперационное (после пережатия пуповины) профилактическое введение антибиотиков широкого спектра действия, которое продолжается в послеоперационном периоде.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Вне зависимости от способа родоразрешения необходимо присутствие неонатолога, поскольку ребёнок может родиться в состоянии асфиксии.

ПРОФИЛАКТИКА

Поскольку предлежание плаценты чаще возникает у многорожавших женщин с внутриматочными вмешательствами в анамнезе, снижение числа аборт, необоснованных консервативных миомэктомий, частоты КС за счёт рационального ведения родов будут способствовать снижению частоты неправильного прикрепления плаценты.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Дома беременная должна соблюдать определённый режим (исключить физическую нагрузку, поездки, половую жизнь). Необходимо регулярно (через 3–4 нед) проводить УЗИ для того, чтобы проследить миграцию плаценты.

Беременная и её родственники должны знать, в какое лечебное учреждение следует экстренно транспортировать беременную при появлении кровяных выделений, особенно массивных.

3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

Частота ПОНРП имеет тенденцию к повышению и в настоящее время встречается в 0,3–0,4% родов.

3.1. КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от площади выделяют частичную и полную отслойку плаценты. При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной – вся плацента. Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной – соответственно центральная часть. Частичная отслойка плаценты может быть прогрессирующей и непрогрессирующей.

3.2. ЭТИОЛОГИЯ

Окончательно этиология ПОНРП не определена. Отслойка плаценты является проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных. Среди причин патологии выделяют несколько факторов: сосудистый (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий), гемостатический (тромбофилия), механический. Васкулопатия и тромбофилия относительно часто возникают при гестозе, АГ, гломерулонефрите.

Изменения гемостаза — причина и следствие ПОНРП. В развитии ПОНРП важное значение придают АФС, генетическим дефектам гемостаза (мутация фактора Лейдена, дефицит ангиотензина-II, дефицит протеина С и пр.), предрасполагающим к тромбозам. Тромбофилия, развивающаяся вследствие этих нарушений, препятствует полноценной инвазии трофобласта, способствуя дефектам плацентации, ПОНРП.

Нарушения гемостаза могут возникать вследствие ПОНРП, например острая форма ДВС-синдрома, приводящая к массивному кровотечению и развитию ПОН. Ситуация характерна для центральной отслойки, когда в области скопления крови повышается давление, возникают условия для проникновения клеток плацентарной ткани, обладающих тромбопластическими свойствами, в материнский кровоток.

В родах ПОНРП возможна при резком снижении объёма перерастянутой матки, частых и интенсивных схватках.

Плацента, не способная к сокращению, не может приспособиться к изменившемуся объёму матки, в результате чего теряет связь со стенкой матки.

Таким образом, к предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

- Во время беременности:
 - сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
 - эндокринопатии (СД);
 - аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
 - аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
 - преэклампсия, эклампсия, особенно на фоне гломерулонефрита;
 - инфекционноаллергические васкулиты;
 - генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

3.3. ПАТОГЕНЕЗ

Разрыв сосудов и кровотечение начинается в decidua basalis. Образующаяся гематома нарушает целостность всех слоев децидуальной оболочки и отслаивает от мышечного слоя матки плаценту, которая прилегает к этому участку.

При непрогрессирующем варианте отслойки плаценты она может не распространяться дальше, гематома уплотняется, частично рассасывается, в ней откладываются соли. При прогрессирующем варианте участок отслойки может быстро увеличиваться. Матка при этом растягивается. Сосуды в области отслойки не пережимаются.

Вытекающая кровь может продолжать отслаивать плаценту, а затем оболочки и вытекать из половых путей. Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Растяжение может быть настолько значительным, что в стенке матки образуются трещины, распространяющиеся до серозной оболочки и даже на нее. При этом вся стенка матки пропитывается кровью, и она может проникать в околоматочную клетчатку, а в ряде случаев – через трещины серозной оболочки и в брюшную полость. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

3.4. КЛИНИКА

Основными симптомами ПОНРП являются:

- кровотечение и симптомы геморрагического шока;
- боль в животе;
- гипертонус матки;
- острая гипоксия плода.

Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки.

Кровотечение при ПОНРП может быть:

- наружным;
- внутренним;
- смешанным (внутренним и наружным).

При краевой отслойке плаценты появляется наружное кровотечение. Кровь отделяет оболочки от стенки матки и быстро выходит из половых путей. Кровь при этом яркого цвета. Если кровь вытекает из гематомы, расположенной высоко у дна матки, то кровяные выделения, как правило, темного цвета. При наружном кровотечении общее состояние определяется величиной кровопотери. При внутреннем кровотечении, которое, как правило, бывает при центральной отслойке, кровь не находит выхода наружу и, образуя ретроплацентарную гематому, пропитывает стенку матки. Общее состояние определяется не только внутренней кровопотерей, но и болевым шоком.

Боль в животе обусловлена имбибицией кровью стенки матки, растяжением и раздражением брюшины. Болевой синдром возникает, как правило, при внутреннем кровотечении, когда имеется ретроплацентарная гематома. Боли могут быть интенсивными. При ПОНРП, расположенной на задней стенке матки, боли локализованы в поясничной области. При большой ретроплацентарной гематоме на передней поверхности матки определяют резко болезненную локальную «припухлость».

Гипертонус матки возможен при внутреннем кровотечении и обусловлен наличием ретроплацентарной гематомы, имбибицией кровью и перерастяжением стенки матки. В ответ на постоянный раздражитель стенка матки сокращается и не расслабляется.

Острая гипоксия плода возникает вследствие гипертонуса матки, нарушения маточно-плацентарного кровотока и отслойки плаценты. Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода — единственный симптом отслойки плаценты.

По клиническому течению различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести состояния беременной при отслойке плаценты.

Лёгкая форма — отслойка небольшого участка плаценты, незначительные выделения из половых путей. Общее состояние не нарушено. При УЗИ можно определить ретроплацентарную гематому, если же кровь выделяется из наружных половых органов, то при УЗИ она не выявляется. После родов обнаруживают организовавшийся сгусток на плаценте.

Средняя степень тяжести — отслойка плаценты на $1/3$ – $1/4$ поверхности. Из половых путей происходит отделение крови со сгустками в значительном количестве. При образовании ретроплацентарной гематомы возникает боль в животе, гипертонус матки. Если отслойка произошла во время родов, матка между схватками не расслабляется. При большой ретроплацентарной гематоме матка может стать асимметричной, резко болезненной при пальпации. Без своевременного родоразрешения плод погибает. Одновременно развиваются симптомы шока (геморрагического и болевого).

Тяжёлая форма — отслойка более $1/2$ площади поверхности плаценты. Внезапность возникает боль в животе, кровотечение (первоначально внутреннее, а затем и наружное). Довольно быстро появляются симптомы шока. При осмотре и пальпации матка напряжена, асимметрична, в области ретроплацентарной гематомы можно обнаружить выбухание. Отмечают симптомы острой гипоксии или гибели плода.

Тяжесть состояния, кровопотерю дополнительно усугубляет развитие ДВС-синдрома вследствие проникновения в кровотоки матери большого количества активных тромбопластинов, образующихся в месте отслойки плаценты.

3.5. ДИАГНОСТИКА

Диагностика ПОНРП основана на:

- клинической картине заболевания;
- данных УЗИ;
- изменениях гемостаза.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока.

При влагалищном исследовании во время беременности шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт. В первом периоде родов при отслойке плаценты плодный пузырь обычно напряжён, иногда наблюдают умеренное количество кровяных выделений со сгустками из матки. При вскрытии плодного пузыря изливающиеся ОВ могут содержать примесь крови.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. При продольном и поперечном сканировании можно определить место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удаётся.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС-синдрома.

СКРИНИНГ

Выявление скрытой тромбофилии у пациенток группы риска по развитию ПОНРП.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с гистопатическим разрывом матки, предлежанием плаценты, разрывом сосудов пуповины.

ПОНРП имеет идентичные симптомы с гистопатическим разрывом матки: боль в животе, напряженная, нерасслабляющаяся стенка матки, острая гипоксия плода. УЗИ выявляет участок отслоившейся плаценты. Если таковой отсутствует, то дифференциальный диагноз затруднён. Независимо от диагноза необходимо экстренное родоразрешение.

Отслойка предлежащей плаценты устанавливается легко, так как при наличии кровяных выделений из половых путей, остальные характерные симптомы отсутствуют. При УЗИ определить расположение плаценты не представляет труда.

Заподозрить разрыв сосудов пуповины крайне сложно. Указанная патология часто наблюдается при оболочечном прикреплении сосудов. Для неё характерны выделение крови яркоалого цвета, острая гипоксия и антенатальная гибель плода. Локальная болезненность и гипертонус отсутствуют.

3.6. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:

- величина кровопотери;
- состояние беременной и плода;
- срок гестации;
- состояние гемостаза.

Во время беременности и в родах при выраженной клинической картине (средняя и тяжелая степень) ПОНРП показано экстренное родоразрешение путем КС, независимо от срока гестации и состояния плода. Во время операции необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (матка Кувелера). При диагностике матки Кувелера на первом этапе, после родоразрешения производится перевязка внутренних подвздошных артерий (a. iliaca interna). При отсутствии кровотечения объем операции этим ограничивается, и матка сохраняется. При продолжающемся кровотечении следует осуществлять экстирпацию матки.

Для сбора и переливания собственной крови пациентки используются аппараты для реинфузии эритроцитов аутокрови (например, «Cell saver», «Haemolit» и др.). С помощью этих аппаратов кровь отсасывается в резервуар, где она проходит очистку от свободного гемоглобина, факторов свёртывания, тромбоцитов, и после этого эритроциты возвращают в организм. Одновременно проводится инфузионно-трансфузионная терапия.

При лёгкой форме течения ПОНРП, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34–35 нед, возможна выжидательная тактика. Ведение беременной проводится под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ). Терапия предполагает постельный режим беременной и заключается во введении b-адреномиметиков, спазмолитических средств, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических препаратов. По показаниям — переливание свежезамороженной плазмы.

Если состояние беременной и плода удовлетворительное, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34–36 нед возможна выжидательная тактика. Ведение беременной выполняют под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ). Лечение предполагает постельный режим беременной.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

При небольшой отслойке, удовлетворительном состоянии роженицы и плода, нормальном тоне матки роды можно вести через естественные родовые пути. Выполняют раннюю амниотомию с целью уменьшения кровотечения и поступления тромбoplastина в материнский кровоток, ускорения родов (особенно при доношенном плоде). Роды следует вести под постоянным мониторным наблюдением за характером материнской гемодинамики, сократительной деятельности матки и сердцебиения плода. Проводят катетеризацию центральной вены, по показаниям — инфузионную терапию. При слабости родовой деятельности после амниотомии вводят утеротоники. Целесообразна эпидуральная анестезия. После прорезывания головки применяют окситоцин с целью усиления маточных сокращений и уменьшения кровотечения.

При прогрессировании отслойки или появлении выраженных симптомов во втором периоде родов тактика определяется местом нахождения подлежащей части в малом тазу. При головке, расположенной в широкой части полости малого таза и выше, показано КС. Если подлежащая часть располагается в узкой части полости малого таза и ниже, то при головном предлежании накладывают акушерские щипцы, а при тазовом предлежании производится экстракция плода за тазовый конец.

В раннем послеродовом периоде после отделения плаценты производят ручное обследование матки. Для профилактики кровотечения вводится динопрост в физиологическом растворе внутривенно капельно 2–3 ч.

В раннем послеродовом и послеоперационном периодах при ПОНРП важным является коррекция гемостаза. При наличии признаков нарушения коагуляции осуществляется переливание свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, проведение по показаниям гемотрансфузии (эритроцитарная масса). В редких ситуациях при массивной кровопотере, явлениях геморрагического шока возможно переливание свежей донорской крови от обследованных доноров.

ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА

При ПОНРП плод, как правило, страдает от острой гипоксии. Если акушерскую помощь оказывают несвоевременно и недостаточно быстро, наступает антенатальная гибель плода. При преждевременном родоразрешении у новорожденных возможно развитие РДС.

ПРОФИЛАКТИКА

Специфической профилактики не существует. Предупреждение ПОНРП заключается в предгравидарной подготовке, лечении эндометрита и

экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, коррекции выявленных дефектов гемостаза.

ПРОГНОЗ

Прогноз при ПОНРП определяется не только тяжестью состояния, но и своевременностью оказания квалифицированной помощи.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Беременная должна знать, что при появлении кровяных выделений из половых путей, она должна быть экстренно госпитализирована в стационар.

4. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В связи с многообразием причин кровяных выделений поступающие в родо-вспомогательное учреждение пациентки

должны быть обследованы в соответствии с определённым алгоритмом:

- наружное акушерское исследование;
- выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг;
- осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений;
- УЗИ (при массивной кровопотере в операционной).

При необходимости:

- осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал;
- двуручное влагалищное исследование.

В связи с широким внедрением УЗИ в практику женских консультаций диагноз предлежания плаценты известен заранее. При установленном диагнозе предлежания плаценты и кровотечении после поступления пациентку переводят в операционную. В остальных ситуациях при массивном кровотечении в первую очередь необходимо исключить ПОНРП.

Если при наружном акушерском и УЗИ диагноз ПОНРП не подтверждён, необходимо провести осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал. При этом исключают или подтверждают диагноз (эрозию или РШМ, полипы шейки матки, разрыв варикозно расширенных вен, травмы). При выявлении указанной патологии проводят лечебные мероприятия в соответствии с выявленными заболеваниями.

Влагалищное исследование в родах производят в следующих случаях:

- амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути;
- определение степени раскрытия шейки матки;
- выявление сгустков крови во влагалище, заднем своде (определения истинной кровопотери).

Влагалищное исследование производят при развёрнутой операционной; при усилении кровотечения экстренно производят чревосечение и КС. Обязательно определяют величину кровопотери (взвешивание пелёнок, простыней) с учётом сгустков крови, находящихся во влагалище.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кровотечение во время беременности является важным диагностическим признаком осложненной беременности, особенно во втором и третьем триместре, и требует немедленного обращения за медицинской помощью, самолечение и выжидательная тактика здесь недопустимы. Отсутствие своевременной квалифицированной медпомощи во многих случаях обрекает женщину на гибель. Поэтому, рассмотренная мною тема, является очень значимой в практике акушера-гинеколога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лекции по акушерству и гинекологии.
2. Савельева Г.М. и др. - Акушерство: учебник для вузов. - М. 2009. - 656 с.
3. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – Национальное руководство по акушерству. – М. 2014 г.
4. Протокол лечения: профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях от 29 мая 2014 г.
5. Радзинский В.Е., Фукс А.М. - Акушерство. – М. 2016.
6. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. - Акушерство. Национальное руководство. – М. 2009 .
7. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. - Акушерская тактика при тазовых предлежаниях. - М. 2009.
8. Дубиле П., Бенсон К.Б. - Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии. – М. 2009.
9. О.В.Макарова. - Акушерство. Клинические лекции. – М. 2007.
10. Де Черни А.Х., Натан Л. - Акушерство и гинекология. Т.1 – М. 2009.